



CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD



UNIDAD MÉDICA (NOMBRE, CLUES, JURISDICCIÓN, DOMICILIO) CENTRO DE SALUD CARACUARO DE MORELOS (MN5SA000421) MIGUEL HIDALGO 88 CENTRO	FECHA SOLICITUD 10/06/2024 22 25	FOLIO CERTM2404210017
---	-------------------------------------	--------------------------

EL SUSCRITO (MÉDICO) MÉDICA (O) GENERAL CAMERINA CASTRO VAZQUEZ
--

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, CERTIFICA QUE

NOMBRE DEL PACIENTE (PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE(S)) CORTES VARGAS ABIGAIL	POLIZA N/A	NUMERO DE EXPEDIENTE SSA000421EXP202406110380
---	---------------	--

SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMENINO	EDAD 66 años	ES <input type="checkbox"/> APTO <input checked="" type="checkbox"/> NO APTO	PARA <input type="checkbox"/> MATRIMONIO <input type="checkbox"/> TRABAJO <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> ESCUELA <input type="checkbox"/> DIVORCIO <input type="checkbox"/> LICENCIA <input checked="" type="checkbox"/> DISCAPACIDAD
---	-----------------	---	---

BAJO LOS SIGUIENTES CUESTIONAMIENTOS: ¿TIENE O HA TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD PREVIA DE IMPORTANCIA QUE IMPOSIBILITE O REPRESENTA ALGUN RIESGO PARA LAS PERSONAS QUE CONVIVAN CON EL (ELLA)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	EN CASO AFIRMATIVO, ¿CUAL ES? se solicita apoyo para silla de ruedas ya que se le dificulta para la deambulaci3n
--	---

EXPLORACI3N FISIKA PESO EN KG: 52 (Kg)	TALLA EN CM 150 (cm)	P.A. SIST / DIAST. 130/60 (mmHg)
--	-------------------------	-------------------------------------

OJOS (INCLUYENDO AGUDEZA VISUAL) <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	OIDOS (INCLUYENDO AGUDEZA <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	CUELLO <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	T3RAX <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL
ABDOMEN <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	GENITALES <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL	

LAS ANORMALIDADES QUE SE REFIEREN EN EL PÁRRAFO ANTERIOR

¿REPRESENTA ALGUN TIPO DE INCAPACIDAD PARA LA PERSONA? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
--	--

¿LA PERSONA REQUIERE ALGUN TIPO DE TRATAMIENTO ESPECÍFICO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿QUÉ TRATAMIENTO?
--	--

¿CONSIDERA NECESARIO REFERIR A LA PERSONA A OTRA UNIDAD DE ATENCI3N A LA SALUD PARA SU TRATAMIENTO? <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿A CUAL?
---	-------------------------------------

¿CONSIDERA USTED QUE EL PACIENTE REQUIERE ALGUN ESTUDIO <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO	EN CASO DE SER AFIRMATIVO, ¿CUAL(ES)?
---	---------------------------------------

TIPO DE SANGRE: <input type="checkbox"/> A+ <input type="checkbox"/> A- <input type="checkbox"/> B+ <input type="checkbox"/> B- <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> AB- <input type="checkbox"/> O+ <input type="checkbox"/> O-	FACTOR RH: <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO
---	---

RESULTADO

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA MATRIMONIO AGREGAR

V.D.R.L.:	OTRO EXAMEN
-----------	-------------

CERTIFICADO MÉDICO DE SALUD PARA DIVORCIO AGREGAR

RESULTADO DEL EXAMEN DE GRAVINDEK.

NOTA: EN VIRTUD DE QUE ES UN DOCUMENTO LEGAL DEBE DE REALIZARSE HISTORIA CLÍNICA Y/O LA NOTA MÉDICA

NOMBRE DEL MÉDICO	MÉDICA (O) GENERAL CAMERINA CASTRO VAZQUEZ
EGRESADO DE	MÉDICA (O) GENERAL
CÉDULA DE LA D.G.P.	9679707
REGI3N SANITARIA	
UNIDAD DE ADSCRIPCI3N	CENTRO DE SALUD CARACUARO DE MORELOS
HGRARIO DE CONSULTA	10/06/2024 22 25

Centro de Salud
 FIRMA DEL MÉDICO
Caracuaru de Morelos
 SECRETARIA DE SALUD
 GOBIERNO DE MICHOACÁN
 Dra. Castro
 AVENIDA MIGUEL HIDALGO #85
 COL. CENTRO, C.P. 61920
 CARACUARO, MICHOACÁN

Original Interesado - Copia Expediente clínico